

Name, Vorname	
Geburtstag	
Straße	
PLZ / Stadt	
Telefon	
eMail	
Versicherung	
Größe & Gewicht	_____ cm _____ kg
Raucher	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja -> Menge ca:
Alkohol	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja -> Menge ca:
Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Medikamente (auch Vitaminpräparate und pflanzliche Einnahmen)	
Chronische Erkrankungen/ schwere Erkrankungen in der Vergangenheit/ Beschwerden, die derzeit behandelt werden	
Unverträglichkeiten/ Allergien	
bekannte Hauterkrankungen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern, Kindern?	
Anmerkungen/ sonstiges	

Datum: _____

Unterschrift: _____